

EL TRASTORNO BIPOLAR EN LA ATENCIÓN COMUNITARIA

Una perspectiva desde la profesión enfermera



Fuente: Pinterest (anónimo)

BIPOLAR DISORDER IN COMMUNITY CARE

A perspective from the nurse's role

- Alumno: **Marta Fernández Gutiérrez**
- Directora: **Aida de la Fuente**
- Titulación: **Grado en Enfermería**
- Facultad: **Facultad de Enfermería Casa de Salud Valdecilla**
- Universidad: **Universidad de Cantabria**
- Año académico: **2019-2020**

AVISO RESPONSABILIDAD DE LA UC

Este documento es el resultado del TRABAJO DE FIN DE GRADO de un alumno, siendo su autor responsable de su contenido. Se trata por tanto de un trabajo académico que puede contener errores detectados por el tribunal y que pueden no haber sido corregidos por el autor en la presente edición. Debido a dicha orientación académica no debe hacerse un uso profesional de su contenido. Este tipo de trabajos, junto con su defensa, pueden haber obtenido una nota que oscila entre 5 y 20 puntos, por lo que la calidad y el número de errores que puedan contener difieren en gran medida entre unos trabajos y otros. La Universidad, el Centro, los miembros del Tribunal de Trabajos Fin de Grado, así como el profesor tutor/director no son responsables del contenido último de este Trabajo.

AGRADECIMIENTOS

A mi familia; A ti mamá, por inspirar este trabajo y ser mi ejemplo de lucha constante. A ti papá, por pedirme siempre que dé lo mejor de mí y ser mi ejemplo para seguir en la vida. A los dos, por ser mi mayor apoyo. A Beatriz, por llegar para dar luz y a Tata Beni, por ser mi sabia consejera.

Gracias por no dejar que me rinda nunca

A mis estrellas del cielo; Pepe, güelito, yaya y tío José por iluminar mis pasos.

Ojalá me hubierais visto llegar hasta aquí

A mi familia de Renedo y a mis amigos; por estar siempre pendientes, apoyarme y entenderlo todo.

A Ti; por hacer sonreír mi corazón.

Gracias por ser mi familia elegida, gracias por quererme así

A Cristina Blanco; por ser pieza clave tanto en este trabajo como en este año. A mi tutora, Aida de la Fuente; por sus directrices y su gran paciencia.

A mis compañeros de promoción; por hacer únicos estos cuatro años.



ÍNDICE

Resumen	5
1. Introducción	
1.1 Situación actual	6
1.2 Objetivos	6
1.3 Estrategia de búsqueda	7
1.4 Descripción de los capítulos	7
2. Capítulo I: Aproximación teórica al Trastorno Bipolar	8
2.1 Definición del TBP	
2.2 Tipos de episodios del TBP y su principal sintomatología	8-9
2.3 Diagnóstico del TBP. Criterios diagnósticos según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales en su quinta edición	9-10
2.4 Epidemiología del TBP	10-11
2.5 Etiología del TBP	11-12
2.6 Comorbilidad	13-14
2.7 Tipos y ámbitos de intervención	14-16
3. Capítulo II: Papel de Enfermería: El TBP desde la atención comunitaria	
3.1 Evolución de la salud mental en el ámbito de la Atención Primaria (AP)	16-19
3.2 Papel de enfermería en la AP – Principales problemas en los pacientes con TBP	19
3.2.1 Problemas asociados a la terapia farmacológica: complicaciones y adherencia	19-21
3.2.2 Problemas asociados a estilos de vida poco saludable (alimentación, ejercicio físico, higiene del sueño, consumo de tóxicos y salud sexual)	21-22
3.2.3 Prevención de suicidio	22
3.2.4 Problemas asociados al ambiente del individuo	22-23
4. Bibliografía	24-28

RESUMEN

La salud mental es esencial en la consecución de una salud integral para las personas. Al hablar de cifras en salud mental encontramos que aproximadamente 450 millones de personas viven afectadas por un trastorno mental o de la conducta, siendo estas afecciones la principal causa mundial de discapacidad.

El trastorno bipolar (TBP) afecta aproximadamente al 5% de la población. Se trata de una patología psiquiátrica grave y de carácter crónico que denota elevada incapacidad. Debido a su elevada heterogeneidad su correcto diagnóstico continúa siendo complejo. Además, los sujetos afectados por este trastorno tienden a desarrollar otros problemas comórbidos a esta patología. Por otro lado, el abordaje de las diferentes fases que suceden al TBP requiere de una elección precisa del tratamiento, que en ocasiones debe de ser permanente.

Mejorar los conocimientos acerca del TBP, así como de su prevención y tratamiento y conocer las principales necesidades que tienen los individuos que sufren esta enfermedad, conllevará a reducir la prevalencia del TBP y contribuirá a disminuir el gran estigma social que se asocia a las personas que padecen esta patología, así como, mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

Palabras clave: trastorno bipolar, Atención Primaria de Salud, promoción de la salud, cuidados de enfermería.

ABSTRACT

Mental health is essential in achieving whole health for people. When talking about figures in mental health We find that approximately 450 million people live affected by a mental or behavioral disorder. These health conditions being the main global cause of disability.

Bipolar disorder (BD) affects approximately 5% of the population. It is a serious and chronic psychiatric pathology that indicate high disability. On account of it is high heterogeneity, correct diagnosis remains being complex. In addition, subjects affected by this disorder tend to develop other comorbid problems to this pathology. Deal with the different phases in BD demand a precise choice of treatment, which sometimes must be permanent.

Improving knowledge about bipolar disorder, as well as its prevention and treatment and knowing the main needs mental patients, will reduce the prevalence of BD and contribute to reducing the great social stigma associated, as well as, improve the quality of life of these patients.

Keywords: bipolar disorder, Primary Health Care, health promotion, nursing care.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 SITUACIÓN ACTUAL

La salud mental es esencial en la consecución de una salud integral para las personas, pero en la actualidad queda un amplio camino por recorrer en cuanto a esto se refiere y aún continúa siendo un aspecto desidioso en la mejora de la salud. Así lo expresa la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su PLAN DE ACCIÓN PARA LA SALUD MENTAL (2013-2020).¹

Al hablar de cifras en salud mental encontramos que aproximadamente 450 millones de personas viven afectadas por un trastorno mental o de la conducta, siendo estas afecciones la principal causa mundial de discapacidad.² Además, los problemas mentales afectan de forma negativa en la calidad de vida de los pacientes que los sufren, enfrentándose a aspectos tales como, un fuerte estigma social, discriminación o violación de sus derechos humanos. Así como, su predisposición a sufrir otras enfermedades, un elevado riesgo de muerte prematura y por suicidio (aproximadamente 800 000 muertes anuales).

Por otro lado, estas afecciones también suponen un elevado coste a los sistemas sanitarios. Según datos de la OMS, se evidencia aproximadamente 1 billón de dólares en pérdidas económicas. Y en lo que respecta a una asistencia sanitaria accesible y de calidad, más del 80% de las personas que sufren una enfermedad mental carecen de ella.¹

En lo referente al TBP, es desarrollado en alguna de sus formas por entre el 3% y el 6% de la población.³ Su elevado impacto a nivel ocupacional, funcional y social le ha llevado a estar considerado como una de las principales causas de discapacidad a nivel mundial. Además, su complejo curso clínico declina una inminente dificultad diagnóstica, acompañado de un complicado tratamiento psicofarmacológico.⁴

La comorbilidad asociada a esta condición de salud es elevada e importante, pudiendo ser éste punto de partida de otras enfermedades, o al contrario pudiendo ser causa de las mismas. También son aspectos importantes la baja adherencia terapéutica que presentan los pacientes con enfermedad bipolar o el elevado riesgo suicida que denota.

Por otro lado, la dificultad de acceso a los servicios sanitarios y a un tratamiento igualitario, así como, una evaluación clínica inexacta o la falta de promoción de la salud son algunos de los obstáculos que impiden una atención eficaz de las personas con TBP.

Mejorar la comprensión de esta enfermedad y conocer su tratamiento y prevención, ayudará a reducir la prevalencia del TBP y contribuirá a disminuir el gran estigma social que se asocia a las personas que padecen esta patología.

1.2 OBJETIVO

El objetivo de este trabajo se centra en mostrar la importancia del papel que la enfermería tiene en el manejo y abordaje de los pacientes con TBP en el ámbito de la AP, así como en aquellos problemas y complicaciones que se pueden presentar en esta enfermedad.

1.3 ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

La estrategia de búsqueda realizada para el desarrollo de este trabajo se basa en la consulta bibliográfica de información científica mediante diferentes fuentes como: Pubmed, Scielo, Cuiden, Google Académico, Medline plus o Cochrane Library.

Además del uso de estas bases de datos, se han consultado páginas web de organismos oficiales, como: Organización Mundial de la Salud (OMS), Sociedad Española de Psiquiatría (SEP), Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA), entre otras.

A continuación, se detallan los principales DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud) utilizados para la búsqueda de artículos y situados en la columna de la izquierda; así como sus correlativos MeSH (Medical Subject Headings) para la búsqueda de artículos en inglés y situados a la derecha. Además, se ha empleado el operador Booleano "AND" para definir la búsqueda bibliográfica.

- | | |
|--|-------------------------------------|
| • <i>"Trastorno Bipolar"</i> | • <i>"Bipolar Disorder"</i> |
| • <i>"Enfermería"</i> | • <i>"Nursing"</i> |
| • <i>"Cuidados de Enfermería"</i> | • <i>"Nursing Care"</i> |
| • <i>"Salud mental"</i> | • <i>"Mental Health"</i> |
| • <i>"Promoción de la salud"</i> | • <i>"Health Promotion"</i> |
| • <i>"Atención Primaria de Salud"</i> | • <i>"Primary Health Care"</i> |
| • <i>"Enfermería de salud comunitaria"</i> | • <i>"Community Health Nursing"</i> |

Las publicaciones utilizadas han sido aquellas seleccionadas tras los siguientes criterios de inclusión y exclusión: la fecha de difusión debía de acontecer a los últimos 8 años como máximo, tanto en español como en inglés. Aunque también se han incluido publicaciones de años anteriores necesarios para la consecución del proyecto.

Se han excluido todos aquellos artículos que no se han considerado relevantes para el desarrollo de este trabajo.

1.4 DESCRIPCIÓN DE LOS CAPÍTULOS

En el primer capítulo se lleva a cabo una descripción acerca de la enfermedad bipolar: en qué consiste, los diferentes tipos que existen, las fases que pueden sucederse, su sintomatología, su diagnóstico y tratamiento principal. Se pretende dar una visión global de la enfermedad, de su prevalencia y de la correlación que presenta con otras enfermedades.

En el segundo y último capítulo, se centra en conocer las principales consecuencias que la bipolaridad tiene para las personas que las sufren, así como para sus familias, y el papel que la enfermería toma en cada circunstancia, principalmente desde el ámbito de la atención comunitaria.

2. CAPÍTULO I: Aproximación teórica al TBP

2.1 DEFINICIÓN DEL TBP.

El TBP, referido con anterioridad como enfermedad maniaco-depresiva, está clasificado en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos mentales V (DSM-V) como un trastorno del estado de ánimo.⁵

Esta patología mental, grave y de carácter crónico, se caracteriza por provocar en la persona afectada cambios patológicos y recurrentes en la disposición anímica, referidos como episodios maníacos, hipomaniacos o mixtos, que generalmente se suceden con episodios depresivos.

En definitiva, el TBP se representa por un estado de ánimo variable que oscila entre dos estadios completamente antagónicos; desde la manía, en la cual prevalece la exaltación, euforia y grandiosidad, a la depresión, caracterizada por la melancolía, la inhibición y las ideas de suicidio. Estos cambios provocan en el paciente considerables limitaciones a nivel social, personal y laboral; y generalmente, en los cuadros agudos de la enfermedad, requiere hospitalización.⁶

2.2 TIPOS DE EPISODIOS DEL TBP Y SU PRINCIPAL SINTOMATOLOGÍA

- Las fases de **manía** se identifican con un cambio notorio en el comportamiento, en el que predomina la euforia, expansividad o irritabilidad. Esta anormalidad en el estado de ánimo puede ir acompañada de un aumento de la autoestima, exaltación y sobrevaloración del yo y de las capacidades propias. Un optimismo desmesurado que con frecuencia desemboca en ideas megalómanas e impulsivas. Suelen presentar insomnio y un aumento excesivo de energía y actividad, sin sensación de cansancio. Es frecuente también, una excesiva sociabilidad (pueden pasar de una actitud afable y colaboradora a agresiones tanto verbales como físicas), verborrea, fuga de ideas y delirios, así como la búsqueda y participación excesiva en situaciones de riesgo (desinhibición sexual, consumo de tóxicos, derroche económico, ludopatía, etc.).³

Por otro lado, aproximadamente el 75% de los pacientes cursan con ideas psicóticas, por lo que en ocasiones requieren de hospitalización.⁷

- En la fase de **hipomanía**, el paciente presenta una elevación del estado de ánimo y otras características propias de la manía. Pero a diferencia de ésta, el episodio no es suficientemente grave como para requerir hospitalización o repercutir en la funcionalidad social o laboral del paciente. Además, carece de sintomatología psicótica.³
- La **depresión** se caracteriza por un afecto hipotímico. El paciente puede referir sensaciones de tristeza, congoja, vacío, apatía, disforia o desesperanza. Además, se produce un enlentecimiento psicomotor y del lenguaje; disminuyendo la capacidad de pensar, concentrarse o tomar decisiones. Por otro lado, el paciente deprimido manifiesta alteraciones en los patrones del sueño, apareciendo insomnio e hipersomnia diurna, astenia o fatiga, lo que provoca una disminución de la actividad diaria. La anhedonia, la disminución de la libido o del apetito son otras de las particularidades de esta fase.³

En ocasiones pueden existir síntomas psicóticos, generalmente acordes con el estado de ánimo, con sentimientos de inutilidad, ruina o culpabilidad. Estas ideas pueden llevar a situaciones de desesperanza extrema, donde se hacen patentes pensamientos de muerte e ideas de suicidio, intentos o planes concretos para llevarlo a cabo y en ocasiones, el suicidio consumado. Aproximadamente el 50% de los pacientes diagnosticados de TBP realizan un intento de suicidio, y entre el 8% y el 19% morirán por el mismo.⁸

- En los episodios con características **mixtas**, coexiste la sintomatología propia de la manía y la depresión; la inestabilidad emocional se denota por manifestaciones clínicas como: susceptibilidad, inquietud, hiperactividad, insomnio, ideas de culpabilidad, taquipsiquia, tristeza persistente o tendencia al llanto.

Su aparición dificulta el manejo clínico de la enfermedad por la complejidad de realizar un correcto diagnóstico, además del elevado riesgo suicida que demarca este estadio.³

Tras estos episodios, puede aparecer un intervalo carente de sintomatología, conocido como **periodo de eutimia**, aunque es habitual la sintomatología subsindrómica interepisódica. Diversos estudios refieren que los pacientes con TBP presentan síntomas aproximadamente la mitad del tiempo de seguimiento y en un porcentaje mayor de tipo depresivo.⁹

2.3 DIAGNÓSTICO DEL TBP. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS SEGÚN EL DSM-V

El diagnóstico del TBP continúa siendo dificultoso y arduo para los profesionales de la salud debido a la gran heterogeneidad de la enfermedad. Diversos estudios demuestran que pueden pasar entre 8 y 10 años entre la aparición del primer episodio y la realización de un diagnóstico de TBP.¹⁰

Por otro lado, la simultaneidad en la sintomatología con otros trastornos como: depresión mayor, esquizofrenia, trastornos de personalidad, por abuso de sustancias u otros trastornos orgánicos también dificulta el correcto diagnóstico.⁷

Algunos estudios revelan como el 60% de los pacientes que finalmente son diagnosticados de TBP, fueron primeramente diagnosticados de depresión mayor.¹¹

Así mismo, el desconocimiento de la hipomanía beneficia el error diagnóstico de depresión unipolar cuando realmente se trata de depresión bipolar.¹²

Considerando la variabilidad anímica del TBP descrita con anterioridad, el DSM-V clasifica el TBP en varios subtipos recogidos en la siguiente tabla:

Subtipo de TBP	Características diagnósticas principales
TBP tipo I	Presenta mínimo un episodio maniaco y un episodio de depresión mayor.
TBP tipo II	Se produce al menos un episodio hipomaniaco (sin nunca haber manifestado un episodio maniaco) y al menos un episodio de depresión mayor.
Trastorno Ciclotímico	Aparecen durante al menos dos años periodos tanto de hipomanía como de depresión (sin cumplir nunca los criterios para episodios de depresión, manía o hipomanía).
TBP y Trastorno relacionado inducido por sustancias/medicamentos	Se sucede una notable y reiterada alteración del estado de ánimo (asociado a manía o depresión) que se considera fruto de los efectos directos de una sustancia, o bien, durante o posteriormente a una intoxicación o abstinencia de una sustancia/medicamento.
TBP y Trastorno relacionado con otra afección médica	Aparece un periodo importante y duradero con sintomatología de características maníacas. Encontrándose evidencia de que dicho trastorno es consecuencia fisiopatológica directa de dicha afección médica y no se explica mejor con otro trastorno mental.
TBP y Trastorno relacionado especificado y no especificado	Se determina cuando un individuo asemeja padecer TBP, pero no cumple los criterios diagnósticos de ninguno de los demás subtipos.

Tabla 1. Fuente: Manual DSM-V. Elaboración propia.

Pese al esfuerzo que se realiza en las diferentes clasificaciones, como la descrita o la CIE-10 (Clasificación internacional de enfermedades, 10.^a edición), por englobar la gran disparidad de la enfermedad, continúa siendo evidente el infra diagnóstico del TBP y las consecuencias que esto tienen en los pacientes que lo sufren.¹¹ Por otro lado, es importante recalcar, el fundamento de realizar un buen diagnóstico diferencial ante cualquier primer episodio tanto maniaco como depresivo, realizando una buena historia clínica y contemplando los antecedentes familiares.⁷

2.4 EPIDEMIOLOGÍA.

Según la OMS, alrededor de 450 millones de personas en el mundo viven afectadas por un trastorno mental o de la conducta, siendo además las afecciones mentales una de las principales causas de discapacidad.²

Un estudio de la Global Burden of Disease, coloca al TBP como la sexta causa médica de discapacidad mundial (hoy en día quinta, tras la esquizofrenia)⁴

En España aproximadamente el 20% de la población ha presentado una afección mental en algún momento de su vida según detalla el estudio *European Study of the Epidemiology of Mental Disorders* (ESEMeD), uno de los principales estudios epidemiológicos referentes en cuanto a salud mental en España.¹³

En lo que respecta al TBP, la tasa de prevalencia anual es del 1,5% de la cual se atribuye un 0,4% al TBPI, un 0,3% al TBPII y un 0,8% al resto del espectro.⁵

La tasa de incidencia ronda un 2,4%, concretamente un 0,6% para la bipolaridad tipo I, un 0,4% para el TBP tipo II y un 1,4% para otras formas asintomáticas de la enfermedad.⁵

En general puede afirmarse que entre el 3% y 6% de la población desarrolla alguna forma de bipolaridad, incluyendo la hipomanía leve o la ciclotimia.³

Por lo tanto, nos encontramos ante un trastorno grave y suficientemente prevalente, que genera una importante carga global, siendo en la actualidad una enfermedad infradiagnosticada, requirente de politerapia y cuya afectación tiene consecuencias en el paciente, entorno y recursos sanitarios.

Si tenemos en cuenta el TBP en cifras, un 1,09% de la población española sufre TBP¹² y alrededor de 60 millones de personas lo hacen en el mundo.²

En relación con la edad de aparición, la más habitual es la adolescencia tardía o adultez temprana, manifestándose el primer episodio antes de los veinticinco años, en más de la mitad de los pacientes. Entre el 1-3% de los niños y adolescentes sufren esta patología.³

En cuanto al género, no existen diferencias en la frecuencia de aparición en lo que respecta al TBPI, aunque sí lo hace en lo correspondiente al desarrollo de la enfermedad. Mientras las mujeres suelen tener más episodios mixtos y depresivos, el hombre se caracteriza por reiterados episodios maniacos de mayor duración.

Al contrario, las diferencias sí se hacen patentes en el TBPII, donde la frecuencia de padecerlo es dos veces más elevada en mujeres que en hombres.¹⁴

2.5 ETIOLOGÍA DEL TBP.

En la actualidad, no existe una explicación general sobre las causas del TBP. Diversas investigaciones se dirigen a reconocer las posibles bases biológicas del trastorno (componentes genéticos, alteraciones neurohormonales y anomalías anatómicas)^{15,16}. Estos estudios son necesarios para intentar explicar la elevada variación fenotípica existente dentro de la enfermedad bipolar¹⁷. Además, se debe tener en cuenta la importancia de los factores psicosociales y ambientales en el inicio y desarrollo de la enfermedad.

A continuación, se describen algunas de las causas de las TBP:

- **Alteraciones genéticas:**

Aproximadamente el 50% de los pacientes con TBP tienen un familiar directo diagnosticado de un trastorno del estado de ánimo. Así mismo, los familiares de enfermos bipolares tienen un riesgo 10 veces mayor de desarrollar la enfermedad que la población general, por lo que pueden ser varias generaciones las que se vean afectadas por esta patología.¹⁸

A pesar de estos datos, no se han encontrado marcadores genéticos fiables, si no que se destaca la interacción de muchos alelos con pequeños defectos; genes que también confieren riesgos para otras patológicas psiquiátricas como la esquizofrenia.¹⁴

- ***Anomalías neurohormonales:***

Se ha comprobado una anomalía en el eje hipotálamo-pituitario-adrenal (HPA), principal organizador de la respuesta endocrina al estrés, en todas las fases del TBP incluidos los periodos carentes de sintomatología.¹⁴

Esta resistencia al estrés y a los mecanismos de afrontamiento suponen un componente clave en el desarrollo y curso del TBP, así como un aumento de la vulnerabilidad en los futuros episodios y un mantenimiento de la ansiedad asociada.¹⁹

- ***Anomalías anatómicas del cerebro:***

En la actualidad se utilizan técnicas de neuroimagen para identificar posibles anomalías cerebrales que puedan ser asociadas a trastornos afectivos.²⁰

Los pacientes con TBP pueden presentar cambios estructurales como: ventriculomegalia o anomalías en los lóbulos frontales y temporales. Además de cambios regionales en la materia gris y blanca y anomalías funcionales en la actividad neuronal en el giro frontal superior y medio y en la ínsula izquierda.³⁰

Otros estudios muestran, como las recaídas afectivas del TBPI podrían tener efectos neurodegenerativos. Por otro lado, algunas intervenciones psicoterapéuticas manifiestan normalizar la actividad incorrecta de los circuitos neuronales.¹⁴

Actualmente, existe evidencia de irregularidades neurobiológicas en sujetos que presentan riesgo genético de enfermedad bipolar, pero, aún se desconoce si las anomalías son causa o consecuencia del trastorno.²⁰

- ***Influencias psicosociales:***

Aunque se ha determinado que el TBP tiene una gran carga genética, los factores biológicos en sí mismos no pueden explicar completamente las características sintomatológicas de la enfermedad. Los acontecimientos vitales estresantes aparentan influir en la aparición de la enfermedad, y pueden interferir en el desencadenamiento de consecutivas recaídas.

Factores psicosociales como: el exiguo apoyo o aislamiento social, la baja autoestima, transfiguraciones cognitivas o el maltrato en la infancia, pueden predisponer al desarrollo de TBP por la repercusión estresante que conllevan. Incluso la propia enfermedad puede ser causa de desestabilización y actuar como elemento de mantenimiento.

Los episodios depresivos suelen ser precedidos por acontecimientos negativos como pérdidas o fracasos, mientras que la manía puede experimentarse tras sucesos como insultos, hostilidad familiar o peleas; o por acontecimientos positivos tal como, alcanzar un logro. Siempre se debe de tener en cuenta que el TBP se ve afectado por el ambiente que envuelve al paciente.¹⁴

2.6 COMORBILIDAD

La **comorbilidad** se define como *“la presencia de diferentes enfermedades que acompañan a modo de satélite a una enfermedad protagonista crónica”*.²¹ En el caso de pacientes diagnosticados de TBP es frecuente encontrar patologías asociadas tales como:

- ***Trastornos de déficit de atención e hiperactividad.***

La prevalencia del trastorno comórbido de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en adultos con TBP oscila entre el 9,5 y el 28%.²²

Las personas con comorbilidad de TDAH y TBP acontecen sintomatología maniática de 3 a 5 años antes que los pacientes que solo presentan TBP. Además, se les asocia cursos mas graves del estado de ánimo, manifiestan periodos más cortos de bienestar y mayores episodios de tipo depresivo (el primer episodio del 71% de los pacientes comórbidos es de esta naturaleza).²³

La consagración de estas dos condiciones genera un impacto negativamente considerable en la calidad de vida y el funcionamiento del paciente. Igualmente, suponen un desafío en cuanto a la realización de un diagnóstico diferencial correcto y por lo tanto un tratamiento adecuado.²³

- ***Trastornos de ansiedad***

Diferentes estudios clínicos y epidemiológicos indican que aproximadamente el 50% de los pacientes bipolares tendrán un trastorno de ansiedad asociado a su principal patología, a lo largo de su vida. Especialmente trastornos de pánico, ansiedad general, trastornos por estrés postraumático, trastornos obsesivos compulsivos y diversas fobias como la simple o la social.²⁴

La comorbilidad entre ambas patologías desencadena una edad de inicio más temprana y un primer episodio de tipología depresiva, así como, ciclos de depresión más frecuentes y severos. A esto se le atribuye un mayor deterioro del funcionamiento, un empeoramiento de la calidad de vida y un incremento del riesgo de suicidio.

Diversos estudios han demostrado como el trastorno de ansiedad comórbido afecta a la presentación, curso y tratamiento del TBP; aumentando la carga sintomática (angustia psicológica, episodios mas graves, mayor irritabilidad), la cronicidad y una comorbilidad adicional al consumo de sustancias.²⁵

- ***Trastornos de la conducta alimenticia***

Pese a la carencia de estudios que relacionen patología alimentaria y bipolaridad, existe una fuerte relación entre ambos, como así queda demostrado en la práctica clínica.

Los escasos estudios corroboran la frecuente relación entre bulimia nerviosa y TBPII, con un índice de entre 2%-15%.²⁶

Además, los pacientes con TBP también pueden sufrir otros desórdenes en su alimentación como recurrentes episodios de atracones alimenticios (10%-20%)⁵. Una ingesta veloz acompañada de una desagradable sensación de saciedad, tomar grandes cantidades de comida sin sentir sensación de hambre, un acentuado malestar tras cada atracón o la elevada preocupación posterior que suscita, son algunas de las manifestaciones clínicas que indican la falta de control que el paciente demuestra ante estos episodios.²⁷ Respecto a la frecuencia; deberían suceder al menos un día por semana durante mínimo tres meses.⁵

Una variante de lo anteriormente descrito sería el “síndrome de alimentación nocturna” o atracón nocturno; caracterizado por episodios en los que el paciente come en la noche y presenta anorexia y restricción de la ingesta durante el día. Algunos estudios justifican estos actos como un mecanismo fisiológico para aliviar la ansiedad y mejorar el estado de ánimo. Es en las fases depresivas donde se enfatiza la frecuencia de este patrón alimenticio y en muchas ocasiones continúa en los periodos de eutimia.²⁸

La obesidad y la bipolaridad también presentan una fuerte asociación, como así lo reconoce el DSM-V. Las personas con TBP sufren frecuentemente un aumento de peso incontrolado que diversos estudios argumentan pueda ser causa de factores genéticos, alteraciones metabólicas, la propia terapia farmacológica (antipsicóticos, antidepresivos y estabilizadores ánimo) o el estilo de vida adoptado por los pacientes.²⁹

- ***Trastorno por abuso de sustancias (TUS)***

La prevalencia de comorbilidad entre el TBP y los TUS fluctúa entre el 40% y el 60%, lo que convierte esta dualidad en una de las más elevadas dentro de los trastornos psiquiátricos.³⁰

En los pacientes comórbidos, la droga de consumo más excesivo es el alcohol, pero también le acompañan otras sustancias ilegales como cannabis, cocaína, éxtasis o anfetaminas.

El uso de estos estupefacientes suele producirse en las fases de manía. El aumento de la impulsividad, la alteración del juicio y la búsqueda del placer que caracteriza estos episodios y favorece el consumo. Además, y al contrario que la sociedad general, es más frecuente el abuso de sustancias en mujeres que en hombres.

Los TUS también se encuentran asociados con un incremento de ideaciones autolíticas e intentos de suicidio, favorece un mayor número de episodios maníacos y empeora la sintomatología depresiva.

La bipolaridad, también muestra comorbilidad con otros trastornos, como el de personalidad o trastornos metabólicos. La importancia de esta y su estudio, recae, en cómo modifica y agrava el curso clínico y la evolución del trastorno principal. Por lo tanto, repercute en el abordaje terapéutico y la respuesta del paciente ante el mismo, aumentando la discapacidad funcional de éste.³¹

2.7 TIPOS Y ÁMBITOS DE INTERVENCIÓN

El abordaje de las diferentes fases que se suceden en el TBP exige una elección precisa de las diferentes alternativas de tratamiento que se disponen. Así como, su adecuada combinación y adaptación en cada caso concreto. Teniendo en cuenta aspectos individuales como: el número de episodios previos y su gravedad, el tipo de sintomatología desarrollada, la posible comorbilidad existente, la respuesta a tratamientos previos, acceso a recursos sanitarios o el grado de adherencia terapéutica, entre otras cosas.³

A continuación, se presenta un análisis de las diferentes terapias farmacológicas, biológicas y psicosociales existentes.

- **Intervención farmacológica**

El tratamiento farmacológico es elemental en el manejo exitoso de los pacientes con TBP. La necesidad de éste queda de manifiesto en todas las etapas de la patología, por lo que debe adaptarse a cada una de ellas, siendo asiduamente reevaluado. Además, se trata de una enfermedad crónica y reincidente por lo que en muchas ocasiones es necesario un tratamiento indefinido (tratamiento de mantenimiento).

Los objetivos principales del tratamiento farmacológico recaen en la disminución de la intensidad y frecuencia de los episodios maniaco-depresivos. Así como, conducir al paciente a una recuperación sintomática y un estado anímico estable, manteniendo los estados de eutimia y previniendo o retardando las recaídas.³²

En cuanto a los fármacos de elección encontramos, estabilizadores del estado de ánimo, anticonvulsivos, antipsicóticos, antidepresivos y ansiolíticos. De estos, las opciones más utilizadas son:³

<i>Estabilizadores</i>		<i>Antipsicóticos</i>		<i>Antidepresivos</i>	<i>Ansiolíticos</i>
Litio	Anticonvulsivos	Primera generación	Segunda generación	ADT ISRS Duales NASSA Bupropion	Benzodiacepinas
	Valproato Sódico Carbamacepina Oxcarbamacepina Lamotrigina	Clorpromacina Haloperidol LevomEPROMACINA Perfenacina	Risperidona Olanzapina Quetiapina Ziprasidona Aripiprazol Paliperidona Asenapina Amisulpiride Clozapina		

Tabla 2. FUENTE: Guía de la práctica clínica sobre el TBP

Tanta es la importancia de un adecuado tratamiento farmacológico, como de conseguir una buena adherencia al mismo. La baja adherencia puede conllevar resultados perniciosos en lo individuos, su familia y el sistema sanitario. Ésta se encuentra relacionada con el mayor riesgo de suicidio o el aumento del número de recaídas. Estudios demuestran como los pacientes con una tasa mayor de adherencia terapéutica se vinculan con un menor número de ingresos hospitalarios y necesidad de asistencia en el servicio de urgencia.³³

- **Terapias biológicas**

En la actualidad y gracias a un mayor estudio de la neuro fisio-anatomía del estado anímico y conductual, encontramos otras propuestas de intervención, no farmacológicas, para el tratamiento de los pacientes con TBP.

Podemos encontrar dentro de este grupo diferentes terapias como: estimulación magnética transcraneal, Terapia Electroconvulsiva (TEC), estimulación del nervio vago, estimulación cerebral profunda y fototerapia.³⁴

- **Psicoterapia**

Los factores ambientales juegan un papel importante en el trascurso de la enfermedad bipolar. Una escasa comprensión de la enfermedad, el incumplimiento terapéutico, estilos de vida nocivos, abuso de sustancias o la predisposición ante factores estresantes, son algunos de los factores de riesgo para los pacientes bipolares.

Anteriormente se indicaba como la farmacoterapia era pieza clave en el manejo de los pacientes con bipolaridad, pero su uso exclusivo no garantiza la ausencia de recaídas, sintomatología interepisódica y/o restricciones funcionales. Por lo tanto, se necesita un enfoque de tratamiento más complejo que aborde el TBP desde una perspectiva diferente y complementaria a esta, capacitando a pacientes y familiares a tomar un papel más dinámico y preventivo del trastorno.³⁵

La **terapia psicológica** busca tratar el TBP procurando un incremento del conocimiento de la enfermedad, así como de la sintomatología que se produce en cada fase. Un manejo terapéutico óptimo que mejore la adherencia al mismo, entrenar estrategias de afrontamiento de la enfermedad o control del estrés, fomentar hábitos saludables, etc.

Algunas de las principales intervenciones psicosociales que se pueden llevar a cabo para la consecución de estos objetivos son : la psicoeducación, la terapia cognitivo-conductual, diferentes intervenciones familiares o la terapia interpersonal y de ritmos sociales. Todas ellas pretenden contribuir a un mejor curso de la enfermedad.³

3. CAPITULO II: Papel de Enfermería: El TBP desde la atención comunitaria.

3.1 EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD MENTAL EN CUANTO ASISTENCIA SANITARIA. *¿Por qué es importante la integración de la salud mental en la AP?*

Desde la antigüedad las personas con enfermedad mental han sufrido las consecuencias del desconocimiento que la población en general tiene sobre esta afección. El miedo y la ignorancia han marcado la historia de la salud mental llevando a los enfermos mentales a ser objeto de abandono, persecución y marginación con tratamientos como purgas y sangrías por el origen sobrenatural vinculante con el demonio que se profesaba.³⁶

Hoy en día, el vestigio y la discriminación social continúan estando presentes, siendo un importante impedimento para su abordaje normalizado en la salud pública.

Los notables avances médicos han dejado su fruto en las enfermedades infecciosas, cardiovasculares o cerebrovasculares, reduciendo la mortalidad y discapacidad asociada a éstas. Mientras enfermedades como la polio o difteria han sido erradicadas o el VIH se ha cronificado, las cifras en torno a las enfermedades mentales han ido ascendiendo, así como el número de suicidios asociados. Por lo que la división entre la salud física y mental es una realidad que continúa siendo un obstáculo para tratar las enfermedades mentales y su prevención de una forma global.³⁷

En términos de salud para los pacientes con enfermedades mentales y desarrollo de su entorno, no es sorprendente que, dada la desigualdad existente entre las enfermedades de la psique y otras patologías, surgieran movimientos que denotaron grandes expectativas en beneficio de éstos, pero que consiguieron carentes resultados. Tras la Segunda Guerra Mundial, la psiquiatría de los principales países democráticos (Reino Unido, EEUU, Canada, Italia, etc) sufre una revolución que da lugar a la reforma psiquiátrica, cuyo objetivo era abordar la salud mental más enfocada al estado de bienestar y de derecho con un englobe bio-psico-social de mayor efectividad.³⁷ Por primera vez en su declaración la OMS(1948) define la salud como el estado de “completo bienestar físico, mental y social” lo cual deja atrás la salud como “ausencia de enfermedad o de afecciones” lo cual denota un gran cambio hacia una atención incluyente para la salud mental.³⁸

En España, el cambio hacia la atención de los enfermos mentales llega con La Ley General de Sanidad (1986). Ésta, en su artículo 20, promulga la transformación de la asistencia psiquiátrica hacia un modelo comunitario y destitucionalizador, que integre de forma completa la salud mental en la sanidad pública y permita el desarrollo de la AP de Salud como puerta de entrada al sistema. Todo esto ocurre en un clima de sensibilización social, donde se busca romper la marginación hacia los pacientes psiquiátricos, fomentar la integración en la comunidad que permita el trabajo con la misma, priorizar la atención ambulatoria, domiciliaria y la habilitación, así como disminuir la hospitalización psiquiátrica. Además, en este momento se crea la especialidad de enfermería en Salud Mental (1987), más tarde denominada enfermería residente (EIR) en 1998.³⁹

Pasados casi 30 años de esta reforma, no se ha desarrollado suficientemente este modelo comunitario. Nos hemos encontrado con una ley cuya aplicación ha resultado desigual en las comunidades autónomas de nuestro país. Además, en muchas ocasiones se carece de normativas que avalen los cambios suscitados por dicha reforma.

La falta de un marco normativo que ampare la psiquiatría comunitaria o la dificultad que este modelo ha tenido para ser integrado en la conciencia de la población, tanto en la sociedad general como en los propios profesionales de salud, cuyo reconocimiento exiguo sólo ha desarrollado falta de motivación y deja unos resultados insuficientes.

Hoy en día se continúa el intento de articular lo establecido en la ley; los programas comunitarios no han evolucionado audazmente, se prosigue denunciando la falta de recursos, continúa el estigma, la incompreensión y el desconocimiento, todavía está obnubilada la concepción de la salud mental en su esfera múltiple: orgánica, histórica, social y psicológica.⁴⁰

A pesar de que este modelo parece combatir por su supervivencia ante otros modelos previos aparentemente más económicos y sencillos, es indiscutible la importancia de una salud mental enfocada desde la Salud Pública.

La figura 1 representa el modelo de organización para los servicios de salud mental propuesto por la OMS y nos ilustra la reforma psiquiátrica descrita con anterioridad, dando especial importancia al autocuidado y la atención comunitaria.⁴¹



IMAGEN 1 "WHO PYRAMID FRAMEWORK". FUENTE: Access to mental health care in europe (OMS)

La imagen muestra la gran importancia del **autocuidado** situándolo como la forma de atención más necesitada. Esto se refiere a que las personas tienen que saber cómo evitar situaciones que pongan en riesgo su salud mental, adquirir habilidades para el manejo del estrés y problemas emocionales, distinguir los síntomas y signos de su patología, saber cómo y a quién pedir ayuda cuando ésta sea precisa. Los profesionales de salud son piezas clave para la consecución de estos objetivos y tienen la misión de instruir a estos pacientes y proporcionarles los recursos necesarios para fomentar su autonomía personal.

Por otro lado, nos propone una **red de cuidados informales**. En esta se encontrarían los docentes, policías, organizaciones no gubernamentales o asociaciones de pacientes y familiares, entre otros. Estos componen un añadido beneficioso para los servicios especializados por su gran accesibilidad y aceptación en la comunidad. Pueden actuar como red de apoyo e identificador de casos tempranos y aunque no son sustitutos de los servicios formales de salud, pueden trabajar en colaboración con éstos si se les dota de formación en salud mental adecuada.

En el centro de la pirámide, se localiza la **AP de salud** que, junto con los cuidados informales, resulta el servicio de mayor accesibilidad física y menor estigma para los pacientes. Incluir la salud mental en la AP, es imprescindible para conseguir la integralidad de esta. Algunos de los aspectos que se pueden abordar desde la asistencia primaria son:

- *Identificación temprana* de los trastornos mentales: Un paciente es tratado en los centros de salud de manera global; por lo que puede tener una enfermedad física comórbida a un trastorno mental.
- Por consiguiente, tiene un papel importante *para reconocer y derivar* los cuadros más complejos a los servicios superiores de salud.
- *Manejo* de trastornos psiquiátricos *crónicos*, como ocurre con el TBP, garantizando una *continuidad de los cuidados*.
- Desarrollo de actividades de *promoción y prevención* de la Salud Mental.
- Disminución de la carga asistencial en los servicios superiores de salud evitando las hospitalizaciones innecesarias.⁴¹

Por último, al final de la figura se ubican los **hospitales generales**, cuyo papel es importante en las fases agudas de las enfermedades mentales, la comorbilidad o la investigación y en la cima de la pirámide los **hospitales exclusivamente psiquiátricos** quienes reciben, dentro de la escasa

financiación que se proporciona a la salud mental (aproximadamente el gasto mundial anual es menor de 1,80€/persona) la mayor parte de los recursos (alrededor de un 67%), a pesar de sus desfavorables resultados sanitarios y violaciones de los derechos humanos.¹

La OMS, persigue el objetivo de reconducir tanto la atención como la financiación a servicios de base comunitaria, así lo demuestra en su “Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020”. Fomentar la promoción y prevención de la salud mental, favorecer la autonomía de los pacientes y la participación de la comunidad, mejorar la accesibilidad, disminuir la brecha terapéutica, reducir la estigmatización y luchar por una salud mental integral e inclusiva, son algunas de las metas a alcanzar. En este sentido, la AP en general, y la enfermería ,en particular, tiene un importante papel para su consecución.¹

3.2 LA ENFERMERÍA COMUNITARIA EN EL ÁMBITO DE LA SALUD MENTAL Y EL TBP. *Principales problemas asociados al TBP.*

Las enfermedades mentales se hallan con asiduidad en el ámbito de la AP. En Europa la prevalencia de enfermedades mentales en las consultas de AP es de 25%.⁴² Mientras en España, el número de pacientes que acuden a estas consultas es del 30%.⁴³

Como se desarrolló en el apartado anterior, la AP es imprescindible en el manejo de los trastornos mentales, especialmente, de las patologías más crónicas, como es el TBP.

Su cercanía a la población permite una visión del paciente como un todo biopsicosocial, incluyendo el entorno, tan importante en el desarrollo y evolución de las enfermedades mentales. Además, la regularidad con la que ésta visita las consultas de AP posibilita una continuidad de la atención y los cuidados. Esta continuidad se muestra asociada a una relación terapéutica de confianza, que mejorará la participación del usuario en las intervenciones que se le sean propuestas.

Por otro lado, este nivel asistencial tiene un fuerte impacto en cuanto al desarrollo de actividades de promoción y prevención de la salud mental. Aspectos en los que los profesionales enfermeros juegan un papel muy importante.

Las personas que sufren TBP pueden presentar algunas complicaciones y necesidades asociadas a la enfermedad, el tratamiento o el entorno. Algunas de las más frecuentes son:

3.2.1 Problemas asociados a la terapia farmacológica

El tratamiento farmacológico es esencial para el manejo del TBP en todos sus estadios. Su cumplimiento óptimo reduce la magnitud y repetición de los episodios maniaco-depresivos, conduce al paciente a mantener los estados de eutimia ,y por lo tanto una estabilidad anímica, y ayuda a prevenir y retardar las recaídas.³²

Por otro lado, la baja adherencia terapéutica se encuentra asociada con un incremento del número de recaídas, así como, de un mayor número de ingresos hospitalarios y necesidad de los servicios de urgencias. Además, aumenta notablemente el riesgo de suicidio.³³

Según la OMS, la adherencia se define como “*el grado en que la conducta de un paciente se corresponde con las recomendaciones del profesional sanitario*”.⁴⁴ Se ha estimado que la **falta de adherencia al tratamiento** en los pacientes con TBP es de aproximadamente el 41% y uno

de cada tres pacientes abandona alrededor del 30% de su tratamiento.⁴⁵ Los principales motivos y dificultades para esta no adherencia son:¹¹

- Los pacientes manifiestan incredulidad de su diagnóstico y un déficit de convicción en la efectividad de los efectos del tratamiento.
- Los efectos adversos de los medicamentos administrados, en ocasiones ficticios, son habitualmente utilizados para justificar el abandono de los mismos.
- La cronicidad que presenta esta enfermedad y la necesidad de mantener los estados de eutimia y controlar la sintomatología subsindrómica, hace que muchos de los pacientes con TBP necesiten de un tratamiento indefinido.
- La dificultad del tratamiento se incrementa por las altas tasas de trastornos psiquiátricos comórbidos.

Para reducir estos problemas, los profesionales de enfermería pueden realizar algunas actividades como: instaurar objetivos terapéuticos con el paciente, facilitar formación tanto a los usuarios como a sus familias acerca del trastorno y su tratamiento (incluyendo adherencia terapéutica, efectos secundarios y respuesta a la sintomatología subsindrómica), monitorizar la toma correcta de los fármacos por ejemplo, con el Test de Morisky-Green⁴⁶, proporcionar herramientas para solucionar los problemas, ofrecer apoyo, facilitar la participación en grupos de apoyo y otras terapias como la psicoeducación que influye de forma beneficiosa en la adherencia terapéutica.⁴⁷

Otro tipo de **adhesión** es la que tienen los pacientes **a su centro asistencial**. En numerosas ocasiones, los pacientes con TBP descuidan su propia salud y por lo tanto dejan de acudir a las consultas. Dado que es tan importante la asistencia a pie de la comunidad, algunas opciones para mejorar este problema, podrían ser la consulta telefónica o las visitas domiciliarias. Por otro lado, también es necesario garantizar la accesibilidad a los pacientes para facilitar su adherencia al centro asistencial.

Por ejemplo, en Cantabria, en aquellas zonas de mayor dificultad orográfica se dispone desde 2014 de un programa de telepsiquiatría para la zona de Liébana y que recientemente se ha ampliado a las zonas de Mataporquera y el Valle del Nansa. En este programa ya se han atendido a más de 40 pacientes, de los cuales el 6,7% padecen TBP.

Esta intervención es llevada a cabo por un equipo de médicos y psicólogos que trabajan en colaboración con el servicio de AP. Aproximadamente el 40% de los pacientes refiere que la telepsiquiatría ha mejorado su calidad asistencial y el resto manifiesta sentirse igual que en la consulta presencial.

Programas como este ayudan a garantizar una continuidad de cuidados, una asistencia integral e igualitaria, facilitan la accesibilidad de los usuarios y pueden ser muy beneficiosos en el tratamiento de patológicas crónicas como es el TBP.⁴⁸

Por otro lado, existen una serie de **efectos adversos secundarios** a los fármacos de elección terapéutica (estabilizadores del ánimo, antipsicóticos, antidepresivos). Entre los más frecuentes encontramos: alteraciones del sueño, náuseas, vómitos, diarrea, hipotensión, taquicardia, temblor, agitación, cefaleas o disfunción sexual.⁴⁹ Además, un aspecto importante para tener en cuenta con este tipo de medicamentos es su alta toxicidad.

Por ejemplo, el litio, primer fármaco de elección para el tratamiento a largo plazo del TBP, presenta un gran riesgo de toxicidad renal cuando se superan los valores plasmáticos

recomendados (0,5 y 1,5 mEq/L.). Su bajo índice terapéutico precisa una monitorización plasmática periódica (3-6 meses).³ Hay constancia de que el tratamiento a largo plazo con sales de litio reduce significativamente el riesgo de conductas suicidas de los pacientes con TBP. A pesar de esto también puede ser utilizado por su alta toxicidad como medio de suicidio.⁵⁰

Es importante que los profesionales de enfermería conozcan el modo de actuación de estos fármacos, sus interacciones y principales efectos secundarios, para poder informar al paciente y su familia, e insista en reforzar la importancia de cumplir la pauta terapéutica para alcanzar resultados beneficiosos.

3.2.2 Problemas asociados a estilos de vida poco saludables

Es habitual entre los pacientes con TBP de la aparición de conductas insanas.

Dentro de estos comportamientos podemos destacar algunos ámbitos como:

- Alimentación: Los pacientes con TBP presentan peores hábitos alimenticios que la población general.⁵¹ Creencias erróneas sobre la nutrición, dificultades para el desarrollo de una dieta equilibrada, problemas nutricionales por exceso o por defecto, etc., implican que los pacientes con TBP puedan llegar a desarrollar problemas como: obesidad, Síndrome metabólico, problemas de eliminación (estreñimiento) o problemas derivados de una nutrición precaria (estado de la piel, uñas, mucosas y boca)⁴³. Además, el TBP presenta una fuerte comorbilidad con otros trastornos de la conducta alimentaria, como el trastorno por atracones⁵ o la bulimia nerviosa.²⁶

Todo ello hace necesario el manejo multidisciplinar del patrón nutricional con intervenciones que fomente unos buenos hábitos alimenticios.

- Ejercicio físico: En relación con la alimentación, los pacientes con TBP también presentan una peor salud física que el resto de la población. Se ha demostrado que el ejercicio tiene un efecto beneficioso en el manejo del estrés y la depresión. La actividad física permite prevenir y tratar el sobrepeso, incrementar la sensación de bienestar, reducir factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares y metabólicas, disminuir la fatiga, mejorar el ritmo del sueño, etc.

El Hospital Universitario Marques de Valdecilla (HUMV) ha desarrollado una guía de ejercicios terapéuticos, para aquellos pacientes con trastorno mental grave, que mediante un lenguaje sencillo y accesible intenta concienciar al enfermo de la importancia de desarrollar un programa de entrenamiento. En esta guía se proporciona información acerca de las consecuencias que tiene un trastorno mental en el cuerpo y que puede hacerse para prevenir y mejorar la situación. Además, se propone un reto de 12 semanas de ejercicio y se provee al paciente de algunas pautas de alimentación.⁵²

Otros problemas asociados al TBP serían el consumo de tóxicos (drogas ilegales, tabaco y alcohol), la mala calidad del sueño o la realización de conductas sexuales de riesgo, generalmente más frecuentes en las fases de manía.

3.2.3 Riesgo de suicidio

Como se ha mencionado con anterioridad, los pacientes con TBP tienen un elevado riesgo suicida debido a los diferentes estadios de su enfermedad. Las ideas de suicidio suelen aparecer generalmente en las fases depresivas, que vienen precedidas de situaciones de sufrimiento y malestar en la vida diaria que en ocasiones pueden ser verbalizadas. Los profesionales de enfermería, al estar en un continuo contacto con el paciente y familia, pueden detectar este tipo de circunstancias y diseñar cuidados de apoyo, acompañamiento, afrontamiento, derivación etc.

3.2.4 Problemas asociados al ambiente

Como se viene diciendo a lo largo de este trabajo, el entorno es un factor condicionante en el desarrollo y evolución del TBP. Por ello es necesario realizar actividades de promoción y prevención de la salud que ayuden al paciente a manejar y adecuarse al ambiente, promoviendo su autonomía personal y dotándole de habilidades de afrontamiento y resolución de situaciones estresantes. Además, es necesario reducir los factores de riesgo que fomentan la aparición y peor evolución de dicho trastorno y promocionar aquellos que resultan ser un factor protector para éste. El objetivo final de estas intervenciones es mejorar la calidad de vida de los pacientes y reducir la prevalencia e incidencia de este trastorno mental.⁵³

Un ejemplo de una terapia que centra sus objetivos en un tratamiento basado tanto en la familia como en la comunidad es la “Terapia Multisistémica”, desarrollada en Países Bajos y en la cual se reconoce que el ambiente tiene un papel crítico en el desarrollo de los pacientes, por ello para realizar un cambio efectivo, es necesario atender a cada sistema (hogar, familia, vecinos, amigos, escuelas, etc.)⁵⁴

Por otro lado, también es oportuno instruir a la comunidad para mejorar sus conocimientos, actitudes y comportamiento con los enfermos mentales. Así ocurre en el programa Mental Health First Aid (MHFA) que intenta disminuir las actitudes estigmatizantes que envuelven a los pacientes con patología mental, y empoderar al resto de la comunidad para ayudar y poder actuar adecuadamente ante este tiempo de enfermos.⁵⁴

El cuidado de enfermería destaca por su enfoque holístico en los cuidados de cada paciente, por ello es tan importante su aplicación en el ámbito de la salud mental. Anteriormente, se han descrito algunos de los principales problemas que pueden aparecer en los pacientes con TBP, y aunque estos solo sean algunos de los más comunes, no se puede olvidar que cada paciente precisa de una valoración individual y la realización de un plan de cuidados personal.

En el ámbito de la AP, la enfermera juega una fuerte labor a nivel educacional tanto para los propios pacientes y familia, como para la población en general.

Para llevar a cabo la elaboración y desarrollo de actividades de promoción y prevención de la salud y dar solución a las necesidades propuestas anteriormente, se aplicará el proceso de atención de enfermería que se muestra en la siguiente tabla:⁵³

Etapas del proceso	Actividades
Valoración	<ul style="list-style-type: none"> • Estudio de las necesidades, recursos, prioridades, historia y estructura de la comunidad. • Identificación de factores estresantes y grupo de riesgos. • En colaboración con la comunidad
Planificación	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración del plan de acción y monitorización. • Planificación de las intervenciones específicas. • Identificación de las estructuras organizativas disponibles para la implementación. • Planificación a tres niveles: <ul style="list-style-type: none"> - Prevención primaria: intervenciones dirigidas a prevenir la aparición de enfermedades, reduciendo los factores de riesgo. - Prevención secundaria: intervenciones dirigidas a disminuir la prevalencia y gravedad. Detección precoz e inicio temprano del tratamiento. - Prevención terciaria: Disminuir la gravedad de un trastorno y la incapacidad asociada.
Ejecución	<p>Aplicación de las intervenciones planificadas. Según la población diana, las intervenciones pueden ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Universales: dirigidas a población general sin tener en cuenta factores de riesgo. • Selectivas: dirigidas a grupos y personas con alto riesgo identificado. • Indicadas: Dirigidas a personas de alto riesgo con síntomas de inicio de la enfermedad o con marcadores biológicos de padecerla.
Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> • Determinación de la eficacia de las intervenciones. • Comunicación y diseminación de los resultados. • Comparación con resultados de otros programas.

TABLA 3: Enfermería psiquiátrica

La elaboración de un plan de cuidados de enfermería propio para el paciente con TBP, que garantice una actuación de calidad basada en la evidencia, sería material de objeto de desarrollo de otro trabajo.

4. BIBLIOGRAFÍA

1. Asamblea Mundial de la Salud. Plan de acción integral sobre salud mental. 2013- 2020. Ginebra: Organización Mundial de la Salud;2013. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf?sequence=1
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Invertir en salud mental. Ginebra: OMS; 2004. https://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf
3. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar. Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Universidad de Alcalá. Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2012. UAH / AEN Núm. 2012 . P.59-60.
4. Sánchez-Moreno J, Martínez-Aran A, Tabarés-Seisdedos R, Torrent C, Vieta E, Ayuso-Mateos JL. Functioning and Disability in Bipolar Disorder: An Extensive Review. *Psychother Psychosom* [Internet]. 2009 [citado:7 agosto 2019]; 78(5):285-297. Disponible en: <https://sci-hub.tw/10.1159/000228249>
5. American Psychiatric Association (2014). DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5a edición. Madrid. Editorial Médica Panamericana.
6. Martínez Hernández O, Montalván Martínez O, Betancourt Izquierdo Y. Trastorno Bipolar. Consideraciones clínicas y epidemiológicas. *Rev Méd Electrón* [Internet]. 2019 [citado: 8 de agosto de 2019];41(2).Disponible en:<http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/3157/4255>
7. Leonor AA, Beatriz MS, Laura NF, Estefanía SE, Victoria MM. Relación de las variables clínicas, evolutivas y pronósticas de los subtipos de trastorno bipolar tipo I y II. *Psiquiatr Biol* [Internet]. 2019[citado 8 agosto 2019];26(1):15–21. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.psqi.2018.11.006>
8. Goldstein TR, Ha W, Axelson DA, et al. Predictors of Prospectively Examined Suicide Attempts Among Youth With Bipolar Disorder. *Arch Gen Psychiatry* [Internet].. 2012[citado 8 agosto 2019];69(11):1113–1122. Disponible en: [10.1001/archgenpsychiatry.2012.650](https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2012.650)
9. Lewis L. Judd, Pamela J. Schettler, Hagop S. Akiskal, Jack Maser, William Coryell, David Solomon et al. Long-term symptomatic status of bipolar I vs. bipolar II disorders. *INT J NEUROPSYCHOPH* [Internet]. 2003 [citado 8 agosto 2019];6(2):127-137. Disponible en: <https://doi.org/10.1017/S1461145703003341>
10. GarcíaA, EzquiagaE, de Dios C, AgudJ.L, SolerB. Retraso diagnóstico y diferencias por sexo y subtipo clínico en una cohorte de pacientes ambulatorios con trastorno bipolar. *Rev Psiquiatr Salud Ment* [Internet].2010[citado 9 agosto 2019]; 3(3),79- 89.Disponible en: <https://sci-hub.tw/10.1016/j.rpsm.2010.03.005>
11. McCormick U, Murray B,McNew B. Diagnosis and treatment of patients with bipolar disorder: A review for advanced practice nurses. *J AM ASSOC NURSE PARA* [Internet]. 2015 [citado 10 agosto 2019]; 27(9), 530–542.Disponible en: [doi:10.1002/2327-6924.12275](https://doi.org/10.1002/2327-6924.12275)

12. Ricard BR. El Trastorno Bipolar. FMC[Internet].2013[citado 10 agosto 2019]; 20(10):565-572. Disponible en: [DOI: 10.1016/S1134-2072\(13\)70667-4](https://doi.org/10.1016/S1134-2072(13)70667-4)
13. Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, et al. Prevalence of mental disorders and associated factors: results from the ESEMeD-Spain study.Med Clin [Internet]. 2006 [citado 12 agosto 2019];126(12):445-51. Disponible en: <https://doi.org/10.1157/13086324>
14. García-Blanco A.C , Sierra P , Livianos L.Nosología, epidemiología y etiopatogenia del trastorno bipolar: Últimas aproximaciones.Psiq Biol [Internet]. 2014 [citado 10 agosto 2019]; 21(3):89-94. Disponible en:<https://doi.org/10.1016/j.psiq.2014.07.004>
15. Phillips M.L,Kupfer D.J.Bipolar disorder diagnosis: challenges and future directions. The Lancet [Internet]. 2013[citado 10 agosto 2019]; 381(9878):1663–1671. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60989-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60989-7)
16. Minuzzi L, Syan S.K, Smith M, Hall A., Hall G.B, Frey B.N. Structural and functional changes in the somatosensory cortex in euthymic females with bipolar disorder. Aust N Z J Psychiatry. [Internet].2018 [citado 10 agosto 2019]; ;52(11):1075-1083. <https://doi.org/10.1177/0004867417746001>
17. Chang SH, Gao L, Li Z, Zhang WN, Du Y,Wang J. BDgene: A Genetic Database for Bipolar Disorder and Its Overlap With Schizophrenia and Major Depressive Disorder. Biological Psychiatry [Internet]. 2013[citado 10 agosto 2019]; 74(10):727–733. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2013.04.016>
18. Parker GB, Romano M, Graham RK, Ricciardi T. Comparative familial aggregation of bipolar disorder in patients with bipolar I and bipolar II disorders. Australasian Psychiatry [Internet]. 2018 [citado 10 agosto 2019]; 26(4):414–416. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1039856218772249>
19. Rodrigo Fries G,Paiva Vasconcelos-Moreno M, Gubert C, Tietböhl Martins Quadros dos Santos B, Sartori J et al. Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis Dysfunction and Illness Progression in Bipolar Disorder, CINP[Internet].2015[citado 10 agosto 2019];18(1):43.Disponible en: <https://doi.org/10.1093/ijnp/pyu043>
20. Fusar-Poli P, Howes O, Bechdolf A, Borgwardt S. (2012). Mapping vulnerability to bipolar disorder: a systematic review and meta-analysis of neuroimaging studies. J Psychiatry Neurosci[Internet].2012[citado 10 agosto 2019];37(3):170-184. Disponible en: <https://doi.org/10.1503/jpn.110061>
21. Bernabeu-Wittel M, Alonso-Coello P, Rico-Blázquez M, et al. Desarrollo de guías de práctica clínica en pacientes con comorbilidad y pluripatología.RevCliEsp [Internet].2014[citado 10 agosto 2019];214(6): 328-35. Disponible en:<https://doi.org/10.1016/j.rce.2014.04.001>
22. Nierenberg AA, Miyahara S, Spencer T, Wisniewski SR, Otto MW, Simon N et Al.Clinical and Diagnostic Implications of Lifetime Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Comorbidity in Adults with Bipolar Disorder: Data from the First 1000 STEP-BD Participants.Biol Psychiatry[Internet].2005[citado 10 agosto 2019];57(11):1467–1473. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2005.01.036>

23. Klassen LJ, Katzman MA, Chokka P. Adult ADHD and its comorbidities, with a focus on bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders* [Internet]. 2010 [citado 11 agosto 2019]; 124(1-2):1-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.06.036>
24. Pavlova B, Perlis RH, Mantere O, Sellgren CM, Isometsä E, Mitchell PB et al. Prevalence of current anxiety disorders in people with bipolar disorder during euthymia: a meta-analysis. *Psychol Med* [Internet]. 2017 [citado: 11 agosto 2019]; 47(6):1107-1115. Disponible en: <https://doi.org/10.1017/S0033291716003135>
25. Spoorthy MS, Chakrabarti S, Grover S. Comorbidity of bipolar and anxiety disorders: An overview of trends in research. *World J Psychiatr* [Internet]. 2019 [citado 11 agosto 2019]; 9(1): 7-29. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.5498/wjp.v9.i1.7>
26. Kasset JA, Gerson ES, Maxwell ME, Guroff J, Kazuba D, Smith A et al. Psychiatric disorders in the first-degree relatives of probands with bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* [Internet]. 1989 [citado 11 agosto 2019]; 146(11): 1468-71. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.146.11.1468>
27. Errandonea MI. Obesidad y trastornos de alimentación. *REV MED CLIN CONDES* [Internet]. 2012 [citado 11 agosto 2019]; 23(2): 165-171. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(12\)70294-8](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(12)70294-8)
28. C. Torrenta, E. Vietaa, J. Crespo, A. Gonzalez-Pintoc, J. del Valled, J. M. Olivares et al. Barcelona Bipolar Eating Disorder Scale (BEDS): a self-administered scale for eating disturbances in bipolar patients. *Actas Esp Psiquiatr* [Internet]. 2004 [citado 11 agosto 2019]; 32(3):127-131. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15168261>
29. Mangge H, Bengesser S, Dalkner N, et al. Weight Gain During Treatment of Bipolar Disorder (BD)-Facts and Therapeutic Options. *Front Nutr* [Internet]. 2019 [citado 12 agosto 2019]; 6(76). Disponible en: <https://dx.doi.org/10.3389%2Ffnut.2019.00076>
30. Zamora-Rodríguez FJ, Sánchez-Waisen-Hernández MR, Guisado-Macías JA, Vaz-Leal FJ. Substance use and course of bipolar disorder in an inpatient sample. *Actas Esp Psiquiatr* [Internet]. 2018 [citado 12 agosto 2019]; 46(5):183-91. Disponible en: <http://www.actaspsiquiatria.es/repositorio//20/115/ENG/20-115-ENG-183-91-674894.pdf>
31. Sociedad científica española de estudios sobre el alcohol, alcoholismo y otras toxicomanías (Socidrogalcohol). Guías de comorbilidad psiquiátrica [Internet]. 2019 [citado 12 agosto 2019]. Disponible en: <http://www.socidrogalcohol.org/guias-de-comorbilidad-psiquiatria.html>
32. Butler M, Urosevic S, Desai P, Sponheim SR, Popp J, Nelson VA, et al. Treatment for Bipolar Disorder in Adults: A Systematic Review. Comparative Effectiveness Review No. 208. (Prepared by the Minnesota Evidence-based Practice Center under Contract No. 290-2012-00016-I.) AHRQ Publication No. 18-EHC012-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; August 2018. Posted final reports are located on the Effective Health Care Program search page. DOI: <https://doi.org/10.23970/AHRQEPCCER208>
33. Lage, MJ, Hassan MK. The relationship between antipsychotic medication adherence and patient outcomes among individuals diagnosed with bipolar disorder: a retrospective study. *Annals of General Psychiatry* [Internet]. 2009 [citado 14 agosto 2019]; 8(1): 7. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/1744-859X-8-7>

34. Torales J, Barrios I, Chávez E. Tratamientos biológicos (no farmacológicos) en Psiquiatría. Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud [Internet]. 2017 [citado 15 agosto 2019] ;15(3): 99-110. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.18004/mem.iics/1812-9528/2017.015\(03\)99-110](http://dx.doi.org/10.18004/mem.iics/1812-9528/2017.015(03)99-110)
35. Lolich M, Vázquez GH, Álvarez LM, Tamayo JM. Intervenciones psicosociales en el Trastorno Bipolar: una revisión. Actas Esp Psiquiatr [Internet]. 2012 [citado 15 agosto 2019]; 40(2): 84-92. Disponible en: <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/14/76/ESP/14-76-ESP-84-92-211350.pdf>
36. Salaverry O. The stone of madness: Starting points of the history of mental health. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. 2012 [Citado 17 agosto 2019];29(1):143-148. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v29n1/a22v29n1.pdf>
37. Resultados de la vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles. Informe anual 2016. Madrid: Instituto de Salud Carlos III; 2018 Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.12105/7368>
38. Organización Mundial de la Salud (OMS). Documentos Básicos 48.^a ed. Ginebra: OMS; 2014 [citado 17 agosto 2019]. Disponible en: <http://apps.who.int/gb/bd/s/>
39. Desviat M. La Reforma Psiquiátrica 25 años después de La Ley General de Sanidad. Rev Esp Salud Pública Publica [Internet]. 2011 [Citado 17 agosto 2019];85(5): 427-436. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/resp/2011.v85n5/427-436/es>
40. Desviat M. Los avatares de una ilusión: La Reforma Psiquiátrica en España. Cuadernos de trabajo social [Internet]. 2010 [Citado 17 agosto 2019];23: 253-263. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3406878>
41. Organización Mundial de la Salud (OMS). The Optimal mix of services for Mental Health. Geneva: OMS; 2007 [citado 17 agosto 2019]. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/policy/services/2_Optimal%20Mix%20of%20Services_Infosheet.pdf?ua=1
42. Lera G, Romeu JE, Palop V. Revisión sobre la relación y derivaciones entre Atención Primaria y Salud Mental. Norte de Salud Mental [Internet]. 2016 [Citado 18 agosto 2019]; 14(55):31-42. Disponible en: [file:///C:/Users/alvar/Downloads/Dialnet-RevisionSobreLaRelacionYDerivacionesEntreAtencionP-5836872%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/alvar/Downloads/Dialnet-RevisionSobreLaRelacionYDerivacionesEntreAtencionP-5836872%20(1).pdf)
43. Comunidad de Madrid. Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2018-2020 [Internet]. Madrid: Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria Servicio Madrileño de Salud; 2018 [revisado; 18 agosto 2019]. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM020214.pdf>
44. Dilla T, Valladares A, Lizán L, Sacristán JA. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. Aten Primaria [Internet]. 2009 [Citado 17 agosto 2019];41(6):342-348. Disponible en: <10.1016/j.aprim.2008.09.031>
45. Castroman-López J, Baca-García E, Oquendo MA. Trastorno bipolar: ¿Qué efecto tiene el cumplimiento terapéutico en el riesgo de las conductas suicidas?. Rev Psiquiatr Salud Ment [Internet]. 2009 [Citado 17 agosto 2019];2(1):42-8. Disponible en: [10.1016/S1888-9891\(09\)70713-X](10.1016/S1888-9891(09)70713-X)

46. Pagès-Puigdemont N , Valverde-Merino MI. Métodos para medir la adherencia terapéutica. *Ars Pharm* [Internet]. 2018 [Citado 18 agosto 2019];59(3): 163-172. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.30827/ars.v59i3.7387>
47. Rodríguez, Elena Laura, López Pell, Andrés Fernando, Fagnani, Jérica Paola, Psicoeducación Grupal en el Trastorno Bipolar: Una revisión no sistemática de la literatura. *Revista Argentina de Clínica Psicológica* [Internet]. 2014; [Citado 18 agosto 2019];23(2):101-116. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281943265002>
48. Sanitaria 2000. La 'telepsiquiatría' en Sierrallana satisface igual que las consultas. *Redacción Médica* [Internet]. 2016 [citado 18 agosto 2019];.Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/autonomias/cantabria/la-telepsiquiatria-en-sierrallana-satisface-igual-que-las-consultas-8046>
49. Tondo L. El tratamiento a largo plazo del trastorno bipolar. *Psicodebate* [Internet]. 2014 [Citado 20 agosto 2019];14(2):83-100. Disponible en: <https://doi.org/10.18682/pd.v14i2.350>
50. Arrieta M,Santos P. Trastorno bipolar. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado* [Internet]. 2019; [Citado 20 agosto 2019];12(86):5052-5066. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.med.2019.09.013>
51. Risco Luis, Aros Cristian. Mood disorders, nutrition and craving. *Rev. chil. neuro-psiquiatr* [Internet]. 2019; [citado 20 agosto 2019] ;57(3): 295-305. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272019000300295>.
52. Cortés- Fernández JA, Ayesa-Arriola R, Setién-Suero E, Vázquez-Bourgon J, Crespo-Facorro. Guía de ejercicio terapéutico para personas con trastorno mental grave [Internet]. Cantabria: Consejería de Sanidad del Gobierno de Cantabria;2019 [revisado 20 agosto 2019].Disponible en:<https://www.ascasam.org/images/interes/GuiaEjercicioTerapeutico.pdf>
53. Galiana JL. Enfermería psiquiátrica.1ª.ed. España: El Sevier;2016
54. Comision europea. EU-Compass for Action on Mental Health and Well-being. [Internet]. European Union U Health Programme (2014-2020); 2018.[revisado 20 agosto 2019].Disponible:https://ec.europa.eu/health/non_communicable_diseases/mental_health/eu_compass_es